

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

## **Інформована згода на проведення терапевтичного лікування (лікування карієсу та його ускладнень)**

Я, \_\_\_\_\_

цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення терапевтичного лікування карієсу та його ускладнень.

**Діагноз** (заповнюється лікарем): \_\_\_\_\_

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог-терапевт** \_\_\_\_\_

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікуючого лікаря.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану здоров'я моїх зубів та ротової порожнини, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, необхідності проведення терапевтичного лікування карієсу, а також найбільш ефективних методів лікування, ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Я ознайомлений (на) з інформацією, що стосується кожного аспекту терапевтичного лікування моїх зубів і розумію, що воно спрямоване на збереження його здоров'я.

**Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:**

1. Каріозне ураження, яке здається невеликим на емалі, насправді набагато більше. Це пов'язано з низькою міцністю розташованого під емаллю дентину. Дентин здатний пропускати частину бактерій через свою товщу в пульпу зуба, тому при пошкодженні дентину в пульпі формується вогнище запалення, розмір якого залежить від протяжності каріозного дефекту. Осередок запалення зберігається після видалення карієсу та пломбування зуба, а його ліквідація залежить від стану імунної системи. З цієї причини через деякий час після пломбування зуба з приводу нескладного карієсу може знадобитися ендодонтичне втручання (лікування корневих каналів).
2. Навіть при самих ретельних методах діагностики карієсу лікар не завжди може виявити каріозні пошкодження на ранніх стадіях. Це стосується невидимих для ока поверхонь, якими зуби примикають один до одного. Приховані в товщі емалі, такі порожнини не видно і на рентгенівських знімках, тому контрольні огляди 1 раз в 6 місяців дозволяють виявляти та усувати такі дефекти.
3. Наслідками відмови від лікування можуть бути:
  - прогресування карієсу і розвиток його ускладнень;
  - поява або наростання больових відчуттів;
  - втрата зуба;
  - системні прояви захворювання.
4. Альтернативними методами лікування є:
  - видалення ураженого зуба (зубів);
  - відсутність лікування взагалі.
5. Можливі ускладнення лікування:
  - гематома після ін'єкції анестетика;

- біль при надкусуванні після пломбування зубів і кореневих каналів зубів;
- поява набряку м'яких тканин або збільшення наявного набряку після терапевтичного втручання;
- необхідність видалення зуба в разі неефективності терапевтичних методів;
- відлам коронкової частини зуба при циркулярному карієсі;
- можливість зміни кольору пломби при вживанні в першу добу після лікування продуктів, що містять барвники (кава, буряк, вишня тощо);
- розвиток ускладнених форм карієсу (пульпіт, періодонтит) після лікування глибокого карієсу.

**Зі мною узгоджені:**

1. Індивідуальний рекомендований план лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та способи запропонованого лікування, а також стоматологічні матеріали та лікувальні засоби, що будуть використовуватися в процесі лікування.
3. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.
4. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

**Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюся виконувати всі рекомендації лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами. Я розумію важливість дотримання гігієни порожнини рота, обов'язковості контрольних оглядів і професійного видалення зубних відкладень.
2. Необхідно замінювати реставрації, що мають вторинний карієс або крайові щілини, тому що розвиток каріозного ураження під такою реставрацією призведе до ураженню пульпи і потребуватиме лікування кореневих каналів. Якщо зуб з такими реставраціями раніше вже піддавався лікуванню кореневих каналів, то доступ бактерій до кореневих каналів призведе до їх інфікування.
3. Я усвідомлюю, що несвоєчасне лікування карієсу призведе до ускладнень у вигляді безповоротної загибелі пульпи зуба, що в кілька разів збільшить вартість і складність лікування даного зуба (зубів).
4. Лікар поставив мене до відома, що при реставрації я повинен (на) через 6 місяців прийти до лікаря на полірування і професійну гігієну, яка оплачується додатково. У разі неявки гарантійний термін на послугу анулюється.
5. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
6. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
7. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.